ROCZNIKI PSYCHOLOGICZNE / ANNALS OF PSYCHOLOGY
2015, XVIII, 2, 205-210

PIOTR K. OLEŚ[13]
Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II
Instytut Psychologii
Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej w Warszawie

KOMPETENCJA W DIAGNOZOWANIU, CZYLI O KONIECZNOŚCI USTAWICZNEGO KSZTAŁCENIA

Szybki postęp wiedzy dotyczącej procesu postępowania diagnostycznego wymusza konieczność permanentnego kształcenia (się) diagnostów. Powinno ono dotyczyć wszystkich etapów procesu diagnostycznego i zawierać trening umiejętności alternatywnego myślenia zwłaszcza w zakresie stawiania hipotez i teoretycznej interpretacji wyników; ważna jest też dyskusja przypadków i ocena wartości klinicznego doświadczenia. Jest to możliwe w ramach otwartej dyskusji akademików reprezentujących aktualną wiedzę i doświadczonych praktyków posiadających wiedzę proceduralną i umiejętności dotyczące prowadzenia badań diagnostycznych oraz ich interpretacji.

Słowa kluczowe: badanie i diagnoza kliniczna, permanentne kształcenie.

Wobec stanowiska zarysowanego w inspirującym artykule wiodącym (Filipiak, Tarnowska, Zalewski i Paluchowski, 2015) formułuję głos komplementarny, z punktu widzenia psychologa klinicznego a zarazem badacza i dydaktyka. Odnoszę się głównie do diagnozy klinicznej, której znaczenie jest szczególne z uwagi implikacje: leczenie, psychoterapia, rehabilitacja.

Autorzy proponują model permanentnego kształcenia w zakresie diagnozy psychologicznej. Idea ze wszech miar słuszna, zresztą równie silnie, choć na podstawie odmiennych przesłanek, postrzegana przez akademików i psychologów praktyków. Jedni, mając ułatwiony dostęp do badań, rozumieją, jak szybko wiedza się dezaktualizuje, zmienia się ocena wartości metod, w jakim tempie pojawiają się nowe techniki diagnostyczne i jak rewolucyjnym zmianom podlega model postępowania diagnostycznego. Drudzy, opracowując diagnozy, rozumie-

Adres do korespondencji: PIOTR K. OLEŚ – Instytut Psychologii, Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II, Al. Racławickie 14, 20-950 Lublin; e-mail: oles@kul.pl

ją potrzebę wychodzenia poza rutynę i nieustannego aktualizowania warsztatu oraz na ogół odczuwają potrzebę samokształcenia. Dlaczego zatem tak trudno wprowadzać w życie ideę permanentnego kształcenia, a kiedy powstają kursy i szkolenia, to albo „ograniczonego zasięgu", albo nisko cenione przez uczestników? Kursy i szkolenia „o ograniczonym zasięgu" służą poznaniu konkretnej metody, najczęściej wchodzącej na rynek: założenia, budowa, sposób badania, zastosowanie, interpretacja wyników, wartość psychometryczna. Szkolenia takie wychodzą naprzeciw tylko wąsko pojmowanej potrzebie aktualizowania warsztatu diagnostycznego. Natomiast nisko są na ogół oceniane takie warsztaty i szkolenia, które są rodzajem poszerzania lub aktualizacji wiedzy i umiejętności wyniesionych ze studiów.

Tymczasem potrzeba samodoskonalenia diagnostów obejmuje nie tylko znajomość metod, ale przede wszystkim (1) planowanie badań i dobór ścieżki postępowania diagnostycznego w różnych przypadkach, (2) zakres wnioskowania na podstawie wyników, z podziałem na wnioski pewne, hipotetyczne i wysoce hipotetyczne, aczkolwiek warte sprawdzenia (z uwagi na teorię lub doświadczenie kliniczne), (3) zakres możliwej interpretacji na podstawie teorii i w ramach nowego sposobu pojmowania diagnozy jako elementu łańcucha zdarzeń, (4) wybór odpowiedniego sposobu interwencji i procedury sprawdzenia jej skuteczności (Stemplewska-Żakowicz, 2011). Ponadto prowadzenie szkoleń na najwyższym poziomie wymaga wartościowego materiału klinicznego: wzorcowo poprowadzone badania, znakomicie napisane opinie psychologiczne, wysoce prognostyczne wnioski, świetna interpretacja teoretyczna.

Kto tak wysokie kompetencje posiada? Czy mogą je mieć zespoły uniwersyteckie, jeśli nie uczestniczą w praktyce klinicznej? Czy mają je doświadczeni diagności, jeśli nie aktualizują swej wiedzy? Jedni obawiają się, iż brak im doświadczenia, drudzy nie są pewni, czy w sposób profesjonalny posługują się aktualną teorią naukową oraz czy pisane przez nich diagnozy spełniają współczesne kryteria metodologiczne. Dlatego spotkanie dwu stron, z których jedna dysponuje aktualną wiedzą (deklaratywną), a druga wiedzą proceduralną (umie pozyskiwać trafny materiał empiryczny i wnioskować na jego podstawie), nie przynosi zamierzonego skutku, jeśli te dwa światy spotykają się jako przeciwstawne, a nie dopełniające.

Psychologowie kliniczni naśladują lekarzy w zakresie specjalistycznego kształcenia, ale faktycznie są w znacznie trudniejszej sytuacji. I nie chodzi tylko o kwestie materialne czy skutki braku ustawy o zawodzie, ale też o to, że lekarzy kształcą klinicyści aktywnie uprawiający zawód. Najlepiej sytuacja wygląda w obszarze diagnozy neuropsychologicznej z uwagi na interakcję między wyni-

kami badań prowadzonych metodami psychologicznymi i medycznymi. Szybka kumulacja wiedzy na temat funkcjonowania mózgu, jasne kryteria trafności metod oraz świadomość możliwych dysproporcji między wielkością i rodzajem uszkodzenia CUN a wielkością zaburzeń wymuszają szybki postęp i równie szybkie zmiany w zakresie warsztatu diagnostycznego (Jodzio, 2011).

Absolwenci uniwersytetów mają na ogół wiedzę na temat diagnozy i niewielkie umiejętności praktyczne. Kompetencje diagnostyczne nabywają po studiach. Studia psychologiczne w ograniczonym stopniu przygotowują do uprawiania zawodu. Jednym z powodów jest polityka finansowa ministerstwa, która wymusza zatrudnianie płodnych pod względem publikacyjnym naukowców, a nie na przykład diagnostów z doświadczeniem klinicznym (te dwie formy pracy bardzo trudno jest łączyć). Młodzi psychologowie uczą się od osób doświadczonych zawodowo, które poznawały diagnozę od strony teoretycznej w innych czasach, a od strony praktycznej tkwią często w zaszłościach i nawykach. Tym między innymi tłumaczy się fakt uporczywego stosowania metod, które dawno powinny wyjść z użycia, lub powtarzania sposobów postępowania diagnostycznego, których wartość nie znajduje potwierdzenia w badaniach (Paluchowski, 2010; Stemplewska-Żakowicz, 2009).

Jednym z powodów niedoskonałości systemu ustawicznego kształcenia jest faktyczna ignorancja lub niepewność własnych kompetencji zespołów szkolących w konfrontacji z praktykami. Najważniejszy powód upatruję jednak w obawie świata akademickiego przed światem praktyki psychologicznej i obawie praktyków przed światem akademickim. Żaden z tych dwu światów nie ma patentu na doskonałość, tylko ich spotkanie i kooperacja może prowadzić do integracji wiedzy i doświadczenia.

Efektywność ustawicznego kształcenia wymaga profesjonalnego podejścia, odpowiedniego klimatu i zmian mentalnych. Po pierwsze, konieczne jest certyfikowanie tylko zespołów dysponujących wysokimi kwalifikacjami, które bronią się również w świetle standardów międzynarodowych (Paluchowski, 2010; Stemplewska-Żakowicz, 2009). A to implikuje konieczność intensywnej pracy nad aktualizowaniem warsztatu i świadomości teoretyczno-metodologicznej zespołów szkolących. Po drugie, konieczna jest jasna świadomość własnych atutów i ograniczeń oraz gotowość uczenia się wraz z osobami szkolonymi, innymi słowy – postawa akceptacji i szacunku wobec kompetencji drugiej strony (na przykład diagnostów). Po trzecie, konieczna jest zmiana mentalności polegająca na zrozumieniu konieczności współpracy (a nie świadczenia płatnych usług edukacyjnych), wyzbyciu się lęku i gotowości do kooperacji w zgłębianiu dylematów diagnostycznych; obustronna świadomość możliwych korzyści.

Szkolenia diagnostów mogą przebiegać w konwencji dialogu i współpracy, jeśli obydwie strony mają postawę otwartości i kooperacji, mogą wydarzyć się rzeczy, które obydwie strony rozpoznają jako wartość zawodową, a być może też osobistą. Przykładowo, analiza przypadków polegająca na dyskutowaniu etapów postępowania diagnostycznego podczas odsłaniania kolejnych wyników badań oraz ich opracowanie również w świetle teorii (dotyczącej genezy, mechanizmu i warunków występowania zaburzeń) może być równie twórcza i inspirująca dla praktyków i akademików. I to tym bardziej, im bardziej różnorodne są ich doświadczenia zawodowe oraz preferowane podejścia teoretyczne.

Przedmiotem dyskusji mogą być uogólnienia wynikające z doświadczenia klinicznego, konfrontacja sposobu postępowania diagnostycznego ze standardami, poszukiwanie źródeł błędów w interpretacji przypadków, wpływ informacji wstępnych na przebieg i efekty diagnozy (na przykład analiza wyników testowych osoby przedstawionej raz jako Cyganka uczestnicząca w handlu ludźmi, a innym razem – dla drugiej połowy grupy – jako artystka Greczynka, matka wychowująca wraz z mężem trójkę adoptowanych dzieci). Nieoczywistość wyników pasujących do różnych historii życia może stanowić zarzewie dyskusji na temat wykorzystania teorii oraz konieczności posiadania wiedzy o społecznym i kulturowym kontekście diagnozy.

Korzyści mogą być trojakie. Diagności mogą korzystać z aktualnej wiedzy dotyczącej pojmowania procesu diagnostycznego, naukowo potwierdzonej wartości metod oraz dyskusji (granic) teoretycznej interpretacji wyników. Akademicy mogą skorzystać, zyskując wiedzę na temat sposobu przejawiania się właściwości życia psychicznego, ich rozpoznawania i interpretacji oraz sposobu prowadzenia badań diagnostycznych. Po trzecie, niedoświadczeni diagności mogą uczyć się od bardziej doświadczonych, a bardziej doświadczeni od młodszych, za to dysponujących aktualnym warsztatem pracy.

Przedmiotem (samo)doskonalenia diagnostów mogą być wszystkie etapy postępowania diagnostycznego, od wiedzy o zjawiskach będących przedmiotem badania poprzez stawianie hipotez diagnostycznych, planowanie sposobu ich weryfikacji, dobór procedur i metod, zasady optymalnego ich wykorzystania i wnioskowanie po ocenę wartości wyników, ich opracowanie i interpretację oraz planowanie dalszych etapów badania lub planowanie terapii. Wartościowy jest trening stawiania alternatywnych hipotez interpretacyjnych i analizowania argumentów przemawiających na rzecz każdej z nich oraz określenie, co trzeba wiedzieć, by poprawnie i trafnie je zweryfikować. Nie mniej ważna jest interpretacja w świetle teorii – alternatywnych lub komplementarnych – zmierzająca do zrozumienia i wyjaśnienia istoty danego przypadku (geneza, mechanizm, warunki

zaostrzania lub występowania zaburzeń, obszary zdrowia, zasoby, możliwości oddziaływania, wsparcia i terapii). Wreszcie kwestia planowania interwencji, określania warunków jej powodzenia i sprawdzania skuteczności.

Strona akademicka promuje model diagnozy opartej na dowodach empirycznych, zna wyniki badań nad wartością metod; strona reprezentująca praktykę określa, kiedy, w jakich warunkach i w jakim stopniu możliwe są odstępstwa od procedur, kiedy sprawdza się intuicja diagnosty, w jakich przypadkach prowadzić badania w skrótowej formie, jak interpretować konkretne wyniki, jak rozpoznawać sygnały zaburzeń i zdrowia nie będące bezpośrednio przedmiotem badania – na podobnej zasadzie, jak wychwytywanie znaków organicznych podczas wywiadu, badania inteligencji lub osobowości. Diagności mogą proponować analizę nietypowych przypadków lub dyskutować problemy trafności prognostycznej diagnozy (np. przewidywanie (nie)przystosowania wychodzącego na wolność wielokrotnego zabójcy i pedofila), w zależności od jakości badań i teorii, na jakich się opiera.

Dla ustawicznego kształcenia konieczne są dobre punkty odniesienia, jak aktualizowany system informacji o wartości metod diagnostycznych (Paluchowski, 2010) czy kompendium wiedzy o diagnozie (Filipiak, Paluchowski, Zalewski i Tarnowska, w druku; Stemplewska-Żakowicz, 2009). Ważne też, by koszty dokształcania nie eliminowały osób, których na to nie stać; potrzebne jest systemowe rozwiązanie tego problemu.

Postępowanie diagnostyczne implikuje nie tylko profesjonalny kontakt, lecz także stanowi okazję spotkania osób. Relacja psycholog–pacjent lub klient nie musi być relacją pochyłą, podmiotowo–przedmiotową. Gdy pamiętamy o godności osoby, może mieć charakter podmiotowo–podmiotowy (Kępiński, 1989). Dochodząc do istoty rzeczy, postępująca standaryzacja procedur diagnostycznych zdaje się zmierzać niechybnie ku doskonaleniu relacji podmiotowo–przedmiotowej (specjalista–osoba badana). Najważniejsze wyzwanie stojące przed diagnostami pierwszej połowy XXI wieku to integracja doskonałego warsztatu z umiejętnością promowania relacji podmiotowo–podmiotowej, w której jest miejsce na giętkość, twórczość i ludzką wrażliwością – humanistyczny wymiar spotkania osób.

LITERATURA CYTOWANA

Filipiak, M., Paluchowski, J. W., Zalewski, B. i Tarnowska, M. (red.) (w druku). *Profesjonalnie o diagnozie: kompetencje i standardy*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.

Filipiak, M., Tarnowska, M., Zalewski, B. i Paluchowski, W. J. (2015). O systemie kształcenia ustawicznego psychologów diagnostów w Polsce. *Roczniki Psychologiczne, 18*(2), 157-169.

Jodzio, K. (2011). *Diagnoza neuropsychologiczna w praktyce klinicznej*. Warszawa: Difin SA.

Kępiński, A. (1989). *Poznanie chorego* (wyd. 2). Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.

Paluchowski, W. J. (2010). Diagnoza oparta na dowodach empirycznych – czy potrzebny jest „polski Buros". *Roczniki Psychologiczne, 13*(2), 7-27.

Stemplewska-Żakowicz, K. (2009). *Diagnoza psychologiczna. Diagnozowanie jako kompetencja profesjonalna*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.